FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 60

DE

L'INFLUENCE DE L'IMPALUDISME

SUR LA MARCHE ET LA GUÉRISON DES PLAIES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 MAI 1888

PAR

Paul-Emile-Seth GOOD

ANCIEN AIDE-MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

Né à La Rochelle (Charente-Inférieure), le 11 novembre 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
AZAM,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 60

DE

L'INFLUENCE DE L'IMPALUDISME

SUR LA MARCHE ET LA GUÉRISON DES PLAIES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 MAI 1888

PAR

Paul-Emile-Seth GOOD

ANCIEN AIDE-MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

Né à La Rochelle (Charente-Inférieure), le 11 novembre 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
AZAM,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
Accouchements	DENUCÉ.
	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. {MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS

M. LE DOCTEUR BOYER

Médecin de première classe.

M. LE DOCTEUR GUILLOT

Médecin de deuxième classe.

M. LE DOCTEUR MAGLIOLI

Médecin de deuxième classe.

M. LE DOCTEUR GUIRIEC

Médecin de deuxième classe.

M. GARBES

Aide-Médecin auxiliaire.

M. LECORNEY

Aide-Médecin auxiliaire.

M. ARNAUD

Aide-Médecin auxiliaire.

M. BORDOT

Aide-Médecin auxiliaire.

Morts au Sénégal, de 1883 à 1887.

A mon Grand-Oncle

MONSIEUR LE DOCTEUR GUSTAVE MONOD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des hôpitaux,

Officier de la Légion d'honneur.

Témoignage de profonde reconnaissance.

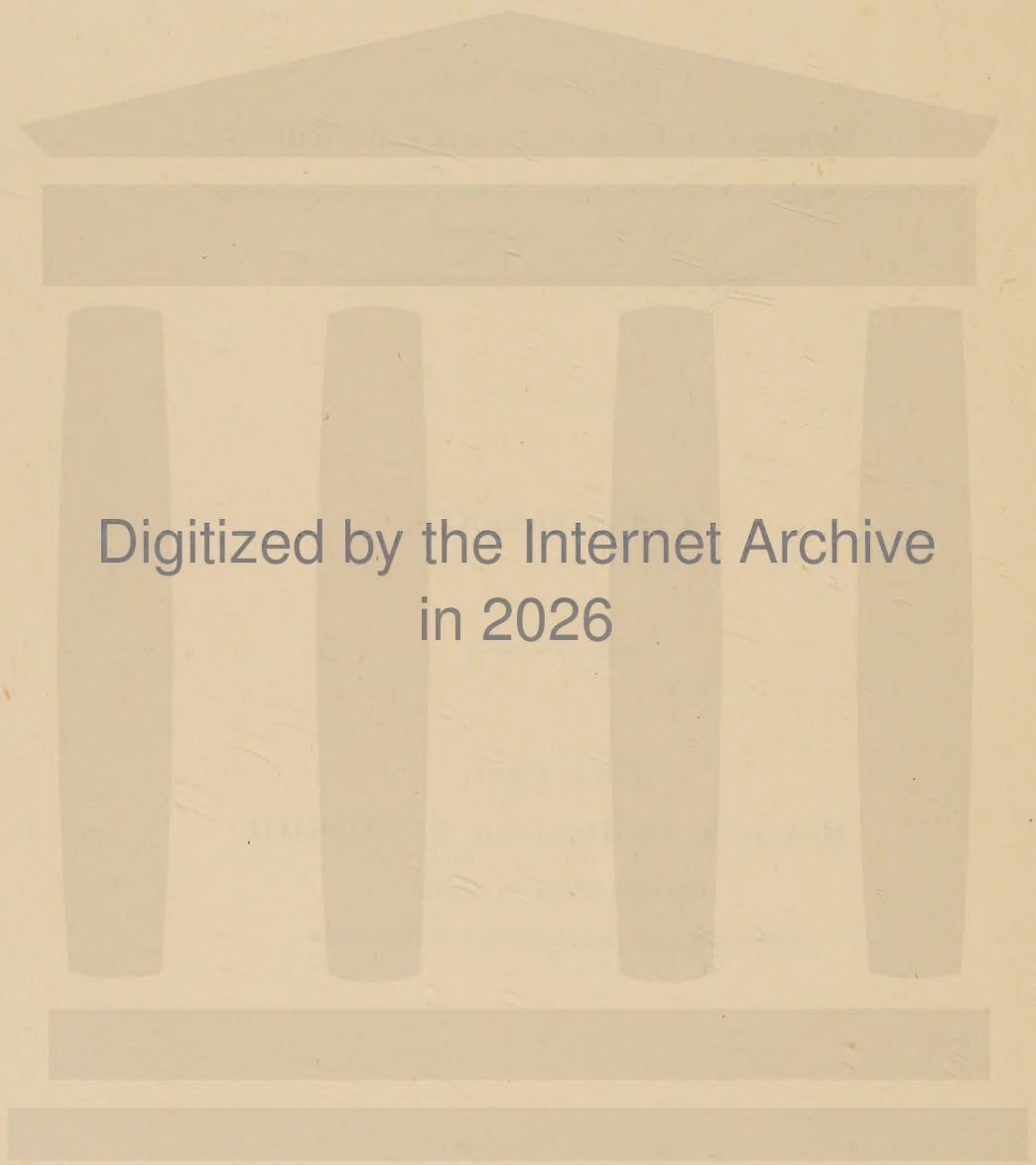
A MES PARENTS

A mon Cousin

MONSIEUR LE DOCTEUR E. MONOD

Chirurgien-Adjoint des Hôpitaux.

Témoignage de reconnaissance et d'affection.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0042

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Chirurgien des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

La Sénégambie peut être considérée comme le pays paludéen par excellence, tout y est réuni pour y favoriser le développement du miasme spécifique : dépôts récents d'alluvions reposant sur un sous-sol imperméable ; inondations périodiques des fleuves abandonnant, lors du retrait des eaux, d'immenses étendues de terrains submergés qui ne seront ensuite desséchés que par évaporation, l'écoulement des eaux ne se faisant pas; décomposition de détritus animaux et végétaux dans ces marécages; territoires incultes; température torride, et, sur les côtes, dans les marais qui bordent les estuaires des fleuves, mélange stagnant des eaux douces et des eaux de l'Océan, tout en un mot est réuni pour faire de cette malheureuse contrée le pays chéri de la malaria. Aussi a-t-elle acquis à cet égard une juste et triste célébrité.

Appelé, en qualité d'aide-médecin auxiliaire de la Marine, à servir pendant quatre années consécutives (1883-1887) dans différents postes du Haut et du Bas-Sénégal et en particulier dans les camps de la construction du chemin de fer du Haut-Fleuve, nous avons naturellement été surtout invité à étudier la fièvre paludéenne sous toutes les formes si diverses qu'elle peut offrir. On peut dire que le génie paludéen dans cette contrée domine toute la pathologie, rien n'échappe à ses atteintes, et, quand il n'est pas le facteur principal de la maladie, il lui imprime pourtant une allure et des manifestations particulières. Cela est vrai pour presque toutes les affections mais

surtout pour la syphilis et les traumatismes. Nous espérons pouvoir revenir plus tard sur l'action de l'impaludisme sur l'évolution de la syphilis, pour le moment nous nous contenterons de recueillir quelques observations touchant l'influence de l'impaludisme sur les traumatismes.

« Le paludisme constitue un état général morbide dont l'influence sur les foyers traumatiques est nettement démontrée aujourd'hui par les faits les plus concluants et les plus nombreux (Baudry) » (1). Depuis les travaux de Bouisson (2), Cocud (3), Verneuil (4) et ses élèves, cette influence est absolument mise hors de doute.

Suivant la classification du docteur Dunoyer (5) on peut, dans le cas où le traumatisme est accompagné d'une maladie intercurrente, faire pour l'étude 4 divisions.

1° Le traumatisme et la maladie intercurrente suivent leur marche normale sans s'influencer l'un l'autre;

2° La maladie intercurrente trouble la marche de la blessure;

3° La maladie intercurrente est troublée dans sa marche par la blessure (le traumatisme aggrave, appelle, rappelle ou révèle le paludisme (Verneuil);

4° Les deux états morbides s'influencent mutuellement, faisant entre eux, suivant l'expression pittoresque du professeur Peter, échange de mauvais procédés.

Ainsi en est-il chaque fois que le traumatisme est accompagné de fièvre paludéenne.

Forcé de nous borner, vu les limites de ce travail, nous étu-

---

(1) Baudry : *Pathologie chirurgicale générale.*

(2) 1854.

(3) 1866.

(4) 1881.

(5) Dunoyer : Thèse Paris, 1879.

dierons uniquement la deuxième division du docteur Dunoyer, en ce qui concerne le paludisme; c'est-à-dire l'influence du paludisme sur le traumatisme; mais, là encore, nous ferons une nouvelle division, et laissant de côté la question de savoir si comme le prétendent Bérenger Féraud (1) et Taieb ould Morsly (2) le paludisme retarde la consolidation des fractures, ou si, comme le soutient F. Roux (3), son action est nulle dans ce cas; laissant aussi de côté dans les traumatismes tout ce qui n'est pas plaie, solution de continuité des téguments, nous nous attacherons uniquement à l'étude de l'influence de l'impaludisme sur la marche et la guérison des plaies (4).

---

(1) Bérenger : *Traité des pseudarthroses.*

(2) Thèse Montpellier, 1881.

(3) F. Roux : *Traité pratique des maladies des pays chauds,* 1886.

(4) Pour les autres traumatismes et l'action du paludisme sur eux voir : Cocud (orchite paludéenne), Fontan (héméralopie essentielle), Poncet de Cluny, Brudenell-Carter, Verdan, Levriea (hémorragie rétinienne), etc.

Différentes périodes d'action du paludisme. Enumération des accidents qu'il occasionne.

Nous devons d'abord constater que les climats torrides sont très favorables à la cicatrisation des plaies. A part le tétanos et les hémorragies, les accidents y sont rares, et les observations recueillies par Rochard, qui en fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine sur la géographie médicale au point de vue des blessures, les observations de Bérenger-Féraud (1) et de Lidin (2) au Sénégal, de Dubergé (3) à la Guyane, confirment de tous points les observations de Baudens, en Algérie et de Larrey, en Égypte : « Les grandes plaies guérissent en Abyssinie avec une remarquable facilité (Proust) (4) ». Mais il faut pour arriver à ces conclusions observer en dehors de l'élément paludéen du climat ; dès qu'il entre en scène, tout change : les plaies les plus bénignes, les plus simples en apparence, deviennent le siège des accidents les plus graves et les plus imprévus et le chirurgien qui, comptant sur la facilité de la réunion, entreprendrait sur un paludique une opération quelconque sans avoir d'abord jugulé les manifestations de la maladie courrait certainement au-devant des plus grandes déceptions.

(1) Maladies des Européens au Sénégal.
(2) Thèse de Paris, 1882.
(3) Thèse de Paris, 1875.
(4) Hygiène.

Dans cette influence du paludisme il faut distinguer deux périodes bien tranchées. Dans la première, le sujet porteur de la blessure a été antérieurement ou est devenu sujet à des accès de fièvre affectant nettement la forme intermittente, mais, jouit entre l'intervalle des accès, d'une santé relativement bonne : nous pourrions appeler cette période : période du paludisme aigu.

Dans la deuxième, les accès nettement intermittents ont fait place à une déchéance spéciale de l'organisme. Cette déchéance n'est pas due seulement à l'anémie produite par les accès antérieurs, anémie profonde et rapide puisqu'un seul accès suffit pour faire perdre au sang plusieurs centaines de mille de globules rouges par millimètre cube (Kelsh) (1), elle peut encore survenir primitivement, sans accès de fièvre antérieurs par le seul séjour dans le pays paludéen et nous nous rappelons avoir quelquefois vu des malades nous présenter les manifestations les plus graves de la cachexie paludéenne sans avoir souffert auparavant de fièvre intermittente proprement dite. C'est la période de cachexie, elle est toujours accompagnée de lésions viscérales (foie, cœur, reins, rate), et nous pourrions, par opposition à notre première division, l'appeler paludisme chronique.

Chacune de ces deux périodes influe d'une manière spéciale sur la marche et la guérison des plaies ; elles présentent des phénomènes qui leur sont propres et que nous devons étudier séparément.

Sous l'influence du paludisme aigu, de l'accès de fièvre, nous voyons survenir au niveau des plaies des douleurs, des congestions et des hémorragies, un arrêt dans la marche de la cicatrisation ou même la destruction de la cicatrice déjà formée, le

(1) Mélanémie palustre.

décollement des bords de la plaie avec destruction des bourgeons charnus, l'érysipèle et le tétanos.

Sous l'influence de la cachexie paludéenne, nous remarquons la grande difficulté qu'éprouvent à se réunir, à se cicatriser, les plaies même les plus bénignes; des suppurations interminables avec les accidents septicémiques qu'elles peuvent entraîner à leur suite; le phagédénisme des moindres plaies, des plus petites écorchures, la gangrène.

A propos de la septico-pyohémie et de la gangrène, nous croyons avec J. Chauvel (1), Aude (2), Didiot, Moriez (3), qu'il ne faut pas exagérer outre mesure l'influence du paludisme sur ces deux affections; sans doute, la cachexie paludéenne, comme toute autre cause de détérioration de l'organisme, ne peut que favoriser la genèse de ces accidents, mais elle n'en est pas la cause unique et spécifique. Il ne faut pas non plus tomber dans l'excès contraire et nier complètement leur action, Verneuil et L. H. Petit (4) nous ont donné une bonne étude des gangrènes dites paludéennes.

Reprenant maintenant les accidents que nous venons d'énumérer, nous allons tâcher d'établir le rôle que joue le paludisme dans la genèse de chacun d'eux.

---

(1) *Dict. Encycl.*

(2) Th. Paris 1865.

(3) Th. Paris 1876.

(4) *Revue chirurgie*, 1883.

I

ACCIDENTS DÉPENDANT DE LA PREMIÈRE PÉRIODE

1° Douleurs.

Les douleurs à forme névralgique, survenant à la suite d'un traumatisme, chez un malade atteint de fièvre paludéenne sont loin d'être rares. Cocud (1) dans son Mémoire en cite plusieurs observations dont l'une, portant le n° 13, est absolument probante. Nous avons été à même d'étudier sur nous ces névralgies dépendant de l'influence paludéenne (Voir observation I). Le fait de l'intermittence de ces douleurs se développant à la suite d'un traumatisme et leur rapide disparition sous l'influence de la quinine semble prouver jusqu'à l'évidence qu'il s'agit bien là de manifestations paludéennes. Ces névralgies sont connues et étudiées depuis bien longtemps; Nepple (2), Axenfeld (3), en parlent à plusieurs reprises et Verneuil dans la *Revue de chirurgie,* 81-82 consacre deux longs chapitres à leur étude. Le traumatisme ne fait en quelque sorte que fixer leur localisation, et la plaie, constituant dans l'organisme un lieu de moindre résistance, présentant toutes les conditions voulues pour être le siège d'irritation (4), dénudation des extrémités nerveuses, congestion et processus inflammatoire réparateur, est fréquemment le point de départ de ces névralgies.

---

(1) Cocud : *Op. cit.*

(2) 1828.

(3) 1864.

(4) V. Mongellaz : *Des irritations intermittentes,* 1839.

2° Congestions. Hémorragies.

Les congestions et les hémorragies des plaies sous l'influence de l'impaludisme sont, de toutes les complications qui nous occupent, les plus anciennement connues et étudiées; nous en relatons une bien curieuse observation due à Delpech (1) (voir Obs. II); un peu plus tard Méjean, puis Bouisson, dans deux ouvrages différents (2), s'occupèrent de ces hémorragies.

Voici les conclusions du remarquable travail de Bouisson :

1° « Il existe à la suite des opérations une variété d'hémor-» ragie consécutive qui mérite le nom d'hémorragie intermit-» tente ou périodique ;

2° » Cette hémorragie est sous la dépendance d'une cause » interne, ou de l'affection qui produit la fièvre intermittente » ordinaire ;

3° » L'hémorragie peut être considérée comme la crise de » l'accès fébrile et comme se substituant à la période de sueur ;

4° » Elle peut exister avec les caractères de l'intermittence, » mais sans phénomène fébrile apparent, comme dans les » fièvres dites larvées ;

5° » Le traitement de cette variété d'hémorragie doit être » principalement médical et les préparations de quinquina » jouissent d'une incontestable efficacité pour en prévenir le » retour (Bouisson, *Tribut à la chirurgie*) ».

Nous n'avons que peu de choses à ajouter à ces remarquables conclusions qui exposent en quelques mots tout ce qu'on peut dire sur la question. Remarquons seulement que l'hémorragie suit généralement la marche de la fièvre chez le blessé, elle en revêt le type. La fièvre est-elle traumatique, purement

(1) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, 1829.

(2) *Hémorragies périodiques des plaies*, Montpellier, 1854. — *Tribut à la chirurgie*, Paris, 1858.

inflammatoire, l'hémorragie est généralement unique, fluxionnaire et active; elle sera multiple, irrégulière et passive dans le cas de fièvre adynamique; enfin, et c'est là le cas qui nous occupe, chez le paludéen elle affectera la forme intermittente des affections palustres, accompagnant ou remplaçant, en tout ou en partie, l'accès de fièvre dont elle constitue le plus souvent le phénomène critique en se substituant au stade de sueur, et étant comme la fièvre intermittente justifiable du traitement par le sulfate de quinine (voir Obs. III).

Ces hémorragies sont dues à un trouble des vaso-moteurs, occasionné lui-même par l'intoxication paludéenne. Pendant l'accès de fièvre, à la période de frisson, on observe une constriction des capillaires; le sang quitte la périphérie de l'organisme, la pression sanguine s'élève et il se produit des hémorragies internes, viscérales, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Pendant la période de chaleur et surtout la période de sueur, les capillaires se dilatent, le sang afflue à la périphérie, et, trouvant dans les bourgeons charnus des plaies des vaisseaux de nouvelle formation, dont la paroi constituée par du tissu embryonnaire n'offre qu'une faible résistance, il rompt ces vaisseaux et fait irruption au dehors. Il est aussi probable que les altérations du sang dues à l'excessive diminution des globules rouges jouent le rôle de circonstance adjuvante (1).

Nous avons été très souvent appelé à soigner des hémorragies de cette nature et de tous les accidents d'origine palustre atteignant les blessés, celui-ci nous a paru de beaucoup le plus fréquent (2).

---

(1) Gergères : *Gazette médicale*, Paris (observation).

(2) Je regrette de ne pouvoir apporter ici les éléments de statistique recueillis alors que j'étais chargé du service des ouvriers marocains du chemin de fer du Haut Fleuve, mais

3° Perturbations dans la marche de la cicatrisation.

La fièvre par elle-même entrave la cicatrisation des plaies. « Quand les blessés sont atteints d'une complication fébrile, on observe à la surface des plaies une destruction des bourgeons charnus (Follin) (1) ».

« Que la fièvre s'allume et nous voyons les sécrétions du tissu cellulaire se modifier, la tendance à la consolidation cesser et les plaies à demi-cicatrisées se rouvrir pour secréter un ichor de mauvais aloi (Trousseau) (2) ». Cette influence néfaste de la fièvre sur les plaies, la fièvre paludéenne la possède au plus haut degré. Un seul accès, même léger, suffit parfois pour donner à la plaie qui présentait le meilleur aspect, une apparence des plus mauvaises ; les bourgeons charnus, en quelques heures, s'affaissent, disparaissent même, se fondant en une sorte d'enduit grisâtre, pultacé, en tout semblable à celui de la pourriture d'hôpital ou des fausses membranes diphtéritiques (3) ; si l'on enlève cet enduit, la plaie saigne avec facilité et laisse suinter à sa surface un ichor fétide et de mauvais aloi. Le seul caractère qui différencie l'enduit pultacé survenant sous l'influence paludéenne de la pourriture d'hôpital est le suivant, indiqué par Le Dantec (4) c'est qu'il n'est pas inoculable, il ne se reproduit pas sur la plaie

---

l'incendie qui détruisit les bâtiments de Kayes en 1884 m'a privé des résultats de ce travail. Aussi, dans l'étude des accidents que j'énumère, serai-je forcé d'employer les expressions beaucoup, peu, au lieu de pouvoir chiffres en main, constater combien de fois j'ai pu relever tel phénomène sur un nombre donné de malades.

(1) Follin-Duplay : *Traité de pathologie externe*, 1887.

(2) Trousseau : *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1868.

(3) Quoique nous ayons surtout employé le pansement phéniqué, cet enduit survenait avec les autres pansements, iodoforme, sublimé, ce qui le différencie ainsi d'un enduit analogue récemment signalé comme étant souvent causé par le pansement phéniqué.

(4) *Archiv. méd. nav.*, 15 juin 1885.

d'amputation dans le cas où celle-ci est pratiquée et que le malade est tenu à l'abri de nouvelles manifestations fébriles ; alors que, par les travaux d'Ollivier (1), on connaît la facilité d'inoculation de la pourriture (V. Follin). Nous avons essayé sur nous-même, à plusieurs reprises, cette inoculation sans y réussir. Le liseré cicatriciel, s'il a déjà commencé à se former, se détruit sous l'influence de la fièvre paludéenne, la cicatrice tout entière même peut disparaître et une guérison qui semblait prochaine, amenée par de longs mois de soins, de patience et d'immobilité peut, du jour au lendemain, être remise en question par un seul accès de fièvre. C'est par centaines que nous aurions pu recueillir les observations de ces faits ; nous nous contenterons d'en citer quelques-unes des plus remarquables. (V. observations V et VI). L'observation V, nous montre quel degré de gravité peuvent atteindre les accidents d'origine paludéenne. L'anémie due à la fièvre et l'anémie due à la suppuration, la cachexie paludéenne jointe aux lésions viscérales, tout se combine pour favoriser l'affaiblissement et la mort du malade.

Parfois pourtant le résultat est moins grave et tout se borne à un léger affaiblissement dans la vitalité des tissus. Dans les plaies opératoires, malgré les pansements antiseptiques les mieux faits, la réunion par première intention ne peut se faire s'il y a fièvre intermittente. Il arrive aussi souvent que, sous l'action du paludisme, des phénomènes d'inflammation apparaissent dans le moignon. Voir à cet égard l'observation IV empruntée à l'excellent travail de Cocud. Elle nous montre réunis plusieurs des accidents d'origine paludéenne des plaies : douleurs, congestion, inflammation apparaissent, croissent et décroissent avec l'accès et sont comme lui justifiables du

---

(1) *Traité expérimental du typhus traumatique*, 1882.

traitement par le sulfate de quinine. La nécrose du fémur elle-même n'aurait-elle pas été favorisée dans ce cas par les accidents qui se sont succédés sur le moignon ?

Mais c'est surtout sur la marche des ulcères que le paludisme se fait sentir. « Les troubles généraux réagissent facilement sur les ulcères », dit Follin, nous verrons tout à l'heure en étudiant les complications dues à la cachexie paludéenne, le rôle joué par la malaria dans l'étiologie du phagédénisme ; nous voyons dans l'observation VI avec quelle facilité est détruit, en quelques heures, un travail de cicatrisation qui avait mis plusieurs semaines à se faire.

4° Erysipèle.

L'observation VII, empruntée à la thèse du docteur Dériaud, nous offre un exemple d'érysipèle sinon d'origine paludéenne, du moins se développant parallèlement aux diverses manifestations de l'impaludisme et étant sensiblement influencé par lui.

On nous accusera peut-être de vouloir, entraîné par notre sujet, exagérer l'influence du paludisme sur tous les accidents qui ont pu se dérouler sous nos yeux.

Sans doute nous ne voulons pas faire du miasme paludéen la cause unique et spécifique de tous les accidents qui peuvent entraver la cicatrisation, ces mêmes accidents surviennent souvent en dehors de toute influence paludéenne, mais là où elle existe il nous est impossible de ne pas constater son action dominante. Qu'y a-t-il d'étonnant du reste à cela ? La fièvre intermittente, véritable Protée pathologique et maladie de tout l'organisme *Totius substantiæ* (Verneuil) ne se montre-t-elle pas à nous sous mille formes différentes ? Tantôt c'est l'accès de fièvre avec toutes ses variétés : type bi-quotidien,

quotidien, tierce, quarte, double tierce, double quarte, etc., etc.; tantôt ce sont des névralgies, des hémorragies internes ou externes, des accidents nerveux les plus bizarres; nous voyons l'accès pernicieux revêtir tantôt la forme hyperthermique, tantôt la forme algide, tantôt la forme cholériforme, simulant à s'y méprendre le vrai choléra, tantôt la forme tétanique ou la forme sudorale, etc., etc. Aussi dès que le traumatisme a créé chez l'impaludé un lieu de moindre résistance, les manifestations paludéennes choisissent justement cet endroit pour y faire éclater des accidents qui de prime abord semblent absolument en dehors de son influence.

Ainsi en est-il de l'érysipèle que nous voyons tous les jours se développer sans qu'on puisse attribuer son apparition au miasme paludéen, et qui pourtant, dans les pays à malaria, trouve un milieu favorable pour son éclosion et revêt, sous l'action de ce milieu, une allure toute particulière et qu'il nous est impossible de ne pas attribuer à la cause qui nous occupe ici « le paludisme ne fait pas naître l'érysipéle, il le gouverne. (Verneuil) ».

Dans son Traité des épidémies (1), Hippocrate nous apprend que l'érysipèle est plus fréquent au printemps, à la fin des étés chauds et humides et dans l'automne qui suit ces étés; ces diverses causes qui favorisent l'apparition de l'érysipèle sont justement aussi les plus favorables au miasme paludéen. — Déjà, en 1857, Walther de Kiew (2) écrivait le nom d'*erysipelas malaricum* et au milieu des diverses sortes d'érysipèle à répétition faisait une place pour l'érysipèle dépendant du paludisme. Devaucleroy (3), de novembre 1869 à avril 1870 observa trente-

(1) Lib. III, chap. 3.

(2) *Medical Zeitung Russlands.* — Canstatt's Jaresb III, p. 507.

(3) Ouvrage cité, *Dict. Encyclop.*

quatre cas d'érysipèle intermittent disparaissant promptement sous l'influence de la quinine. Ce phénomène revêt là encore le même caractère que tous ceux qui nous ont occupé jusqu'ici, c'est-à-dire qu'il peut accompagner les accès ou les remplacer en tout ou en partie ; le type fébrile le plus souvent observé a été le type quotidien quelquefois mais rarement le type tierce.

5° Tétanos.

En 1830, Dance publiait dans les *Archives générales de médecine* plusieurs observations de tétanos intermittent se montrant sous forme d'accès nettement caractérisés. Avait-on à faire à un tétanos revêtant une forme intermittente sous l'influence de la diathèse paludéenne ou au contraire à une fièvre paludéenne larvée revêtant une forme tétanique? La distinction nous paraît subtile, et, quelle que soit la série dans laquelle on veuille cataloguer ces accidents, pour nous il nous suffit de savoir que quelquefois dans les pays à malaria les plaies se trouvent compliquées d'accidents tétaniformes, revêtant la forme intermittente et étant comme les diverses manifestations de la fièvre paludéenne rapidement arrêtés par l'emploi de la quinine. Delpech et Paynel nous donnent deux observations d'accidents tétaniformes graves cédant à la quinine.

Sanquer (1) nous apprend qu'à Cayenne, située à l'embouchure de trois rivières bordées de palétuviers et de marais, le tétanos est commun ; tandis que dans les îles avoisinantes, des plus salubres, il est très rare. Coural (2) cherche à établir une distinction parmi les cas de tétanos qui cèdent à l'emploi du

---

(1) Thèse, Paris 1869.

(2) *Montpellier médical*, 1864.

quinquina; d'un côté il admet un tétanos intermittent de nature paludéenne, véritable fièvre larvée, rapidement curable par la quinine; et, d'un autre côté, le tétanos vrai, idiopathique, mais qui serait, lui aussi, heureusement influencé par le quinquina. Cette influence du paludisme, on l'a constatée en Europe dans les pays à malaria. Armand (1) cite un cas de tétanos développé à la suite d'une fièvre intermittente contractée dans les marais Pontins; il ne nous dit pas si ce malade était porteur d'une plaie. Verneuil a vu un malade ayant déjà eu une fièvre pernicieuse tétaniforme et qui, à la suite d'une blessure, représenta les mêmes accidents (2). En un mot, pour ces divers auteurs, comme pour nous, l'invasion du tétanos chirurgical vrai serait singulièrement favorisée par l'intoxication paludéenne. En parlant du traitement du tétanos, Richelot n'omet pas de mentionner les formes paludéennes de la maladie et conclut dans ce cas à l'emploi de la quinine.

A l'origine paludéenne du tétanos Bérenger-Féraud (3) oppose deux objections : la première c'est que le tétanos est beaucoup plus fréquent chez le noir que le blanc, tandis que c'est l'inverse qui a précisément lieu pour l'impaludisme; la deuxième, que dans les statistique des hôpitaux le maximum d'entrées pour tétanos ne coïncide pas avec la saison qui présente le maximum d'affections paludéennes. A cela nous répondrons que les conditions d'existence aux colonies pour le blanc et le noir n'étant pas les mêmes, on ne peut conclure de l'un à l'autre. En effet, le noir pouvant seul fournir un travail corporel dans les régions équatoriales, étant presque toujours à peine vêtu, est par là même beaucoup plus exposé aux

---

(1) *Algérie médicale*, 1854.

(2) Voir les remarquables travaux de M. le professeur Verneuil sur le tétanos.

(3) Maladies des Européens au Sénégal.

blessures de toutes sortes qui sont généralement le point de départ des accidents. En outre, en couchant, comme il le fait la plupart du temps, en plein air, insuffisamment couvert, il s'expose au refroidissement et l'importance de cette cause dans l'étiologie du tétanos est bien connue. Le blanc, au contraire, par la nature de son travail et les soins hygiéniques de sa personne s'expose moins aux accidents du même genre. Il s'agit en outre probablement ici d'une de ces idiosyncrasies particulières de race qui n'ont pu trouver encore leur explication. En un mot, nous pensons que si le paludisme n'est pas la cause efficiente du tétanos dans les pays paludéens, il est pourtant une cause adjuvante des plus certaines et que là, comme ailleurs, il imprime à la maladie son cachet particulier. C'est ce que nous semble prouver l'observation VIII.

Que cet homme ait eu un tétanos d'origine paludéenne, ou un accès pernicieux tétaniforme, il nous semble impossible de différencier ces deux états l'un de l'autre vu l'absence de nécropsie. Ce que nous voulions noter ce sont des accidents tétaniques disparaissant comme par enchantement sous l'influence de la quinine et étant survenus à la suite d'une plaie contuse des orteils, plaies qui, comme on le sait, sont des plus favorables à l'éclosion du tétanos vrai.

II

ACCIDENTS DÉPENDANT DE LA PÉRIODE DE CACHEXIE PALUDÉENNE

Nous avons vu que la deuxième période de l'intoxication paludéenne était la période de cachexie caractérisée par des lésions viscérales. Aussi, à cette période, Taieb ould Morsly attribue-t-il les accidents des plaies non à l'impaludisme lui-même, mais aux lésions viscérales qu'il a produites; nous n'avons plus à faire, dit-il, à un paludique, mais à un malade atteint de maladie de la rate, du foie, des reins, etc. Nous ne saurions partager cette manière de voir; sans doute la cachexie paludéenne cause des lésions viscérales, mais l'action de ces lésions vient se surajouter à l'action propre du paludisme au lieu de la remplacer. La cachexie agit ici doublement et par la déchéance de l'organisme tout entier, déchéance si grave et si profonde, et par l'intermédiaire des lésions viscérales qu'elle entraîne à sa suite. Dans le cas d'un alcoolique atteint de cirrhose du foie, dirons-nous que nous n'avons plus à faire à un alcoolique mais à un cirrhotique ? Pareille pensée n'est venue à l'idée de personne, nous sommes toujours en présence du même empoisonnement, seulement sur cet empoisonnement est venue se greffer une nouvelle lésion qui surajoute son action à celle de l'affection primitive. Il en est de même dans le cas qui nous occupe actuellement.

A cette période les accidents changent de nature, ils ne présentent plus le type nettement intermittent que nous avons eu l'occasion d'étudier jusqu'ici; les organes nous offrent des

lésions permanentes et les accidents que nous allons voir ne présentent aussi que trop souvent ce caractère de chronicité. Nous avons déjà dit que ces accidents étaient : la difficulté de la cicatrisation ; une suppuration interminable avec tous les épiphénomènes qu'elle peut entraîner ; le phagédénisme des moindres plaies ; la gangrène.

1° Difficulté de la cicatrisation.

Chez les cachectiques paludéens, les plaies, même les plus bénignes en apparence, ne ce cicatrisent pas ou se cicatrisent mal, nous avons été appelé à le constater maintes fois.

Sur la ligne des travaux du chemin de fer du Haut-Sénégal étaient dispersés plus de douze cents travailleurs marocains. Ces hommes, par suite de leurs ouvrages de terrassement et des mauvaises conditions hygiéniques où ils se trouvaient dans un pays éminemment paludéen sont, presque tous, arrivés rapidement à la cachexie. En outre, ils étaient exposés à mille causes de traumatismes, je ne parle pas seulement des accidents presque inévitables dans ces grandes entreprises, mais des blessures les plus petites, les plus insignifiantes. Occupés à des travaux de terrassement et de débroussaillement dans un pays couvert d'arbustes épineux, marchant toujours pieds nus, ils étaient, à chaque instant, atteints de piqûres d'épines ou d'écorchures ; une autre cause de plaies, et peut-être une des plus fréquentes, était la morsure des moustiques et des maringouins qui, pendant la nuit, s'abattaient en bataillons serrés sur les campements attirés par ces agglomérations d'hommes et de bestiaux. Inconsciemment, l'ouvrier mordu se grattait, écorchait le bouton qui venait de se former, et cette écorchure qui aurait été si bénigne dans tout autre cas, prenait chez ces hommes profondément atteints par l'em-

poisonnement maremmatique un caractère d'atonie et de malignité remarquable. Je n'exagère rien en avançant que plus des trois quarts des ouvriers marocains ont présenté des ulcères qui ne reconnaissaient pas d'autre cause que ces blessures légères survenant chez des individus cachectisés.

Les mauvais résultats que nous ont toujours donné les opérations entreprises sur ces individus, viennent encore confirmer notre dire. Je ne puis malheureusement, pour des raisons déjà mentionnées (1), apporter ici la statistique des opérations pratiquées sur les ouvriers du chemin de fer pendant la campagne 83-84. Mais elle était déplorable, et je n'ai vu que deux de ces amputés qui aient pu être rapatriés. L'un avait été amputé de la cuisse à la suite d'un ulcère phagédénique ayant ouvert l'articulation fémoro-tibiale, l'autre avait été amputé des deux bras à la suite d'une gangrène des mains, un surveillant brutal pour punir cet homme de sa paresse l'avait fait suspendre par les mains à un arbre. Et pourtant je ne crois pas trop m'avancer en disant que le chiffre des amputations a dépassé celui de 40. Elles étaient faites avec toutes les précautions voulues par M. le médecin de première classse, chef de service, Vergniaud, dont la valeur comme chirurgien est justement appréciée. A quoi donc étaient dus les décès ? A une chose bien simple, la plaie ne se fermait pas. Le pouvoir réparateur de l'organisme semblait chez nos impaludés complètement aboli et une suppuration interminable, avec tous les accidents qu'elle entraîne à sa suite, finissait par emporter le malade. (Obs. V).

3° Suppuration prolongée. Septico-pyohémie.

Si nous n'avons pas le moindre doute quant à l'action de la cachexie paludéenne sur la difficulté de cicatrisation des

(1) L'incendie de Kayes.

plaies, il n'en est plus de même quand il s'agit d'autres affections dans la genèse desquelles on a voulu aussi la faire entrer comme facteur; nous voulons parler de la pourriture d'hôpital, de la septicémie, de la pyohémie ou de la combinaison de ces deux dernières affections septico-pyohémie.

Sans doute, entravant la guérison, entretenant des foyers de suppuration interminable, sans aucune tendance à la guérison, l'impaludisme favorise singulièrement la genèse de ces accidents, mais, contrairement à ce que nous avons vu jusqu'ici, il ne joue que le rôle de circonstance adjuvante et non celui de cause. Jobert de Lamballe (1) et Marchal de Calvi (2) attribuent au paludisme, quand il existe, une certaine importance dans la production de la pourriture d'hôpital; cette idée a été combattue par Verneuil, Baudry, Chauvel, et nous croyons que, favorisée par la déchéance de l'organisme, cette affection ne peut être engendrée directement par le miasme paludéen.

Pour la septico-pyohémie, l'action spécifique du paludisme n'est pas démontrée; dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique,* J. Chauvel ne mentionne pas le paludisme comme cause de septicémie; Baudry (3), Terrier (4) se tiennent sur la même réserve, il est probable que l'action du miasme paludéen se borne, ainsi que nous l'avons déjà énoncé, à entretenir de vastes foyers de suppuration par la suppression du processus réparateur; ceux-ci constituent ainsi un lieu de culture éminemment propice à la multiplication des vibrions septiques et ces vibrions agissant par eux-mêmes ou par les poisons organiques qu'ils produisent, ptomaïnes, leucomaïnes, etc., constituent seuls la cause spécifique de la maladie,

(1) Citation de Follin.

(2) Thèse, concours Paris, 1852.

(3) *Op. cit.*

(4) *Op. cit.*

le paludisme, encore une fois, ne fait que leur offrir le terrain favorable à leur évolution et à leur pénétration dans l'organisme.

3° Phagédénisme.

A la Guyane, l'ulcère phagédénique est très fréquent; suivant Chapuis, la proportion des individus atteints d'ulcères est de 22 0/0 sur le total des malades admis dans les hôpitaux. « En Sénégambie, les moindres égratignures deviennent l'origine de l'ulcère phagédénique des pays chauds (Proust) (1) ». C'est encore le paludisme que nous trouvons comme cause dominante dans ce cas là. Il n'agit pas seulement par l'anémie qu'il produit; nous avons en effet, au Sénégal, vu bien souvent des gens profondément anémiés par d'autres causes que l'impaludisme, hémorragies, fatigues excessives, dysenterie, mais aucun de ces malades ne nous a offert d'exemple d'ulcère phagédénique tandis que chez les impaludés il était très fréquent. Dans le paragraphe précédent, nous avons déjà été appelé à dire un mot de la rapidité avec laquelle les plus petites blessures prenaient un caractère de gravité exceptionnelle; ici, il ne s'agit plus seulement d'atonie, de perte du pouvoir réparateur, mais d'un envahissement rapide et progressif des ulcères qui, en quelques jours parfois, prennent possession de la totalité d'un membre; contre cette complication le traitement local le plus énergique échoue presque constamment et nous n'avons jamais pu obtenir un effet favorable quelconque qu'en combattant, par tous les moyens en notre pouvoir, la cachexie paludéenne qui était cause de ces lésions.

Cette influence du miasme tellurique est admise par tous les auteurs; qu'on nous permette de citer ici un passage d'une

---

(1) *Traité d'hygiène.*

lettre particulière que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Fontan, notre ancien maître dans les hôpitaux de la Marine, dont la haute compétence en tout ce qui concerne particulièrement la pathologie exotique est justement connue et appréciée.

« Quant à moi (c'est M. Fontan qui parle), au sujet des ulcères » phagédéniques, je considère le paludisme non pas comme » une cause exclusive et spécifique, mais bien comme une » condition causale des plus fréquentes et des plus importantes; » c'est là en effet un des facteurs les plus ordinaires de cette » débilitation ou anémie des pays chauds qui favorise la » décadence ulcéreuse ou gangréneuse de toutes les plaies. Sur » dix ulcères phagédéniques des pays chauds que j'ai traités à » Saint-Mandrier depuis deux ans, sept étaient sous l'influence » directe du paludisme ». Aude (1) a montré que la cachexie palustre est la cause la plus puissante du phagédénisme. Dans sept observations Guérin (2) montre que le paludisme est l'antécédent obligé de l'ulcère, c'est l'opinion de Richaud et de Bassignot; Coulombe cite un cas de phagédénisme succédant à une injection hypodermique de quinine, et nous nous rappelons avoir constaté un cas analogue chez notre regretté camarade, le docteur Guiriec. Dans ses Mémoires de chirurgie, Verneuil cite trois observations de phagédénisme sous l'influence de la cachexie paludéenne. Nous en relatons ici deux observations, celle déjà citée sous le n° V et l'observation IX.

Nous en pourrions citer bien d'autres, car, nous le répétons encore une fois, nous nous sommes trouvé dans des conditions d'observation exceptionnelles ayant à faire à plus de douze cents hommes qui ont fini par présenter, tous ou presque tous,

---

(1) Thèse Paris, 1865.

(2) Thèse Paris, 1868.

à des degrés divers, les symptômes de la cachexie paludéenne et qui en outre nous ont fourni un nombre considérable de blessures de toutes sortes et de toute nature; mais celles que nous citons suffisent, nous le pensons, pour montrer l'influence prépondérante du paludisme dans le développement de l'ulcère phagédénique des pays chauds.

On nous objectera peut-être que les noirs sont souvent atteints de l'ulcère phagédénique et que pourtant cette race présente une résistance considérable au miasme paludéen. En effet, le noir résiste infiniment mieux que le blanc à l'action du paludisme, mais cela ne veut pas dire qu'il présente une immunité absolue, beaucoup sont plus ou moins impaludés; dès qu'ils changent de contrée cette tolérance cesse et le Ouoloff transporté dans le Haut-Fleuve est, presque au même titre que le blanc, atteint par l'empoisonnement maremmatique. Nous n'en voulons d'autre preuve que le nombre relativement considérable d'accès pernicieux bien confirmés que nous avons pu observer chez des négres et l'accès pernicieux, on le sait, est la manifestation d'une intoxication paludique déjà fort avancée.

Gangrène

Nous ne parlerons ici, suivant la division que nous avons adoptée, que de la gangrène d'origine palustre et venant compliquer les plaies, laissant de côté l'asphyxie locale des extrémités et la gangrène spontanée d'origine paludéenne. Pour l'étude de ces affections, nous renvoyons au remarquable travail de Verneuil et L.-H. Petit publié dans la *Revue de chirurgie*, 1883; voyez aussi Moty, deux observations de gangrène palustre, *Gazette des hôpitaux*, 1879, et l'article gangrène du Dictionnaire en 30 volumes, par Marjolin.

Verneuil et L.-H. Petit, citent deux observations de Moutet (1) relativement à deux cas de gangrène de la verge survenus, l'un après un chancre, l'autre après une opération de castration motivée par un cancer encéphaloïde du testicule gauche, chez des cachectiques paludéens. Auguiot (2) en 1863 rapporte une opération d'hernie étranglée, pratiquée au Congo, ayant amené le réveil de la fièvre intermittente et de la cachexie palustre qui réagit à son tour sur la plaie et y produisit la gangrène. Obédénare (3) 1877, rapporte un cas de contusion des voies génitales suivie de gangrène et de mort chez une petite fille qui était atteinte en même temps de splénite paludéenne. Dans une observation de Jullien (4), nous voyons le paludisme et le diabète se combiner pour amener le sphacèle des téguments de la jambe à la suite d'une contusion. Dans sa thèse sur le traitement des plaies par armes à feu, Comanéano (5) signale la fréquence du phagédénisme et de la gangrène chez les anciens paludiques. Georges Yeates Hunter, médecin anglais, parlant d'accidents gangréneux survenus à la suite d'injections hypodermiques de quinine, en conclut qu'il faut renoncer à cette méthode. Nous ne partageons pas son avis, d'abord ces accidents sont rares, ensuite, dans les accès pernicieux où le malade ne peut le plus souvent rien absorber et où l'indication formelle est d'administrer le plus rapidement possible la quinine, elles sont absolument nécessaires ; qu'importe la possibilité d'une eschare alors que la vie du malade est gravement compromise? Boyer (6) rapporte un cas de

---

(1) *Montpellier médical*, 1859.

(2) *Montpellier médical.*

(3) *Mémoire sur la fièvre continue paludéenne au Bas-Danube.*

(4) *Gazette hebdomadaire*, 7 avril 1882.

(5) Thèse Paris, 1881.

(6) Thèse Paris, 1881.

gangrène de la verge succédant à une balanite chez un individu cachectisé par un séjour de quatorze mois au Sénégal. Enfin, en parlant des gangrènes de la bouche et de leur excessive gravité quand elles surviennent sous l'influence du paludisme, Verneuil admet que le plus souvent elles ont été précédées par une plaie de la muqueuse buccale, écorchure, ulcération, etc.

La nature parasitaire de ces gangrènes a été étudiée et admise par Lancereaux (1), Spillmann (2), Bottini (3). La cachexie paludéenne apporte son contingent d'action dans l'apparition de ces phénomènes ; l'encombrement des capillaires sanguins par les corps pigmentés, l'altération du sang, les lésions viscérales et leurs conséquences, albuminurie, etc, viennent se combiner pour faire éclater au niveau des blessures les accidents gangréneux. Cette complication doit être pourtant relativement rare, car il ne nous a pas été donné d'en observer un seul cas.

Maintenant que nous avons énuméré les diverses complications que le paludisme apporte à la guérison des plaies, il serait naturel d'exposer la pathogénie de ces accidents. Comment agit le paludisme ? Telle est la question qui se pose à nous. Cette question nous ne la résoudrons pas. Dans l'état actuel de la science, le mode d'action du paludisme sur l'organisme est encore sinon inconnu du moins à l'étude : *Medici certant et adhuc sub judice lis est.* Sans doute, nous aurions pu, consultant les différents articles des dictionnaires, les traités de pathologie interne et les ouvrages spéciaux (4), exposer, au

(1) *Arch. gén. méd.*, 1873.

(2) Article Gangrène, *Dictionnaire encyclopédique.*

(3) *Lyon médical*, 1882.

(4) Voir Rouquette, 1886 ; Laveran, 1881, etc.

moyen de ce travail de compilation, les diverses théories qui se trouvent en présence ; mais, pour cette question sur laquelle nos maîtres ne sont point d'accord, il ne nous est pas permis d'avoir une opinion personnelle. Nous nous bornons donc ici à citer les accidents que nous avons vus se produire, en démontrant l'influence que le paludisme exerce sur leur production ; nous citons des faits et tâchons d'en tirer des conclusions pratiques, laissant de côté, quelque intérêt qu'elles puissent présenter, les diverses hypothèses qui ont été émises sur la pathogénie des manifestations paludéennes. Etant donnés les progrès incessants de la science et surtout les remarquables travaux de l'école française, il est probable que bientôt le mode d'action de la malaria sur l'organisme sera établi d'une manière indiscutable ; mais malheureusement, nous le répétons, ce jour n'est pas encore venu.

TRAITEMENT

Dans le cas où les accidents paludéens marchent avec une rapidité foudroyante, amenant les phénomènes les plus imprévus, la première indication est d'agir vite et à coup sûr ; cette indication, la quinine la remplit admirablement. Les sels de quinine sont à l'intoxication paludéenne ce que le mercure est à la syphilis, c'est-à-dire le spécifique par excellence ; souvent même ce traitement sert à déceler la présence du paludisme là où on ne faisait que la soupçonner vérifiant l'ancien adage : « *Naturam morborum curationes ostendunt.* » — Nous n'avons que peu employé le traitement arsenical préconisé par Boudin, une de nos indications était d'agir vite, de devancer la maladie dans sa prise de possession de l'organisme, et cette indication, le traitement arsenical ne paraît pas la remplir. Il est plutôt indiqué concurremment avec le quinquina et le fer pour tonifier

l'organisme et combattre la cachexie; mais dès que les accidents prennent un caractère aigu c'est à un des différents sels de quinine qu'il faut avoir recours.

Cette nécessité du traitement par la quinine nous ne l'avons jamais mieux reconnue que lorsque nous avons été privé de ce précieux médicament. Cette privation exerça une influence désastreuse, non seulement sur nos malades, mais encore sur nos blessés, pendant quelque temps le phagédénisme et les hémorragies firent chez eux d'épouvantables ravages, malgré les essais de tous les autres traitements, ravages qui ne furent enrayés que grâce à l'arrivée d'un envoi de quinine venant de Saint-Louis.

Nous donnions généralement la quinine en solution, en suivant la méthode de Trousseau; si le malade ne pouvait la tolérer, nous avions recours aux lavements ou mieux aux injections hypodermiques de bromhydrate de quinine. Nous avons aussi employé largement les toniques sous toutes les formes, jus de viande, alcool, fer, arsenic, quinquina.

Quant au traitement local des accidents occasionnés par le paludisme, il ne nous a jamais donné de résultat; quelquefois la surface des plaies de mauvaise nature nous a paru heureusement modifiée par l'action du perchlorure de fer ou du fer rouge; mais cette amélioration n'était que passagère tant que nous ne combattions pas en même temps, par les moyens appropriés, l'intoxication maremmatique. Nous avons obtenu de bons résultats en donnant la quinine à titre préventif et à faibles doses 0 gr. 30 par jour chez nos blessés. Le plus souvent nous arrivions ainsi à prévenir l'apparition d'accès fébriles et des accidents qu'ils entraînaient à leur suite. Enfin dans le cas de cachexie paludéenne il est absolument nécessaire de transporter le blessé, le plus tôt possible, dans un climat plus sain.

OBSERVATION I (personnelle).

Douleurs intermittentes succédant à une plaie de la main. Sulfate de quinine. Guérison.

Le 18 août 1883, étant médecin du poste de Bakel, depuis deux mois au Sénégal, ayant eu déjà plusieurs accès de fièvre, il m'arriva, en bourrant des cartouches métalliques, qu'un grain de plomb oublié sur la table remplit le rôle de percuteur et que la cartouche fit explosion. Contusion violente de la main gauche, épanchement sanguin et plaie contuse siégeant au bord cubital et à la racine du petit doigt, hémorragie abondante, bords de la plaie tuméfiés et brûlés. Traitement par le repos, irrigation continue ; un peu de fièvre traumatique.

Le 24, cinq jours après, mieux sensible, plus de douleur, je puis me lever en tenant le bras en écharpe, pansement au sublimé.

Le 26, ayant commis l'imprudence de passer la nuit précédente sur l'argamasse du poste, je fus pris d'un violent accès de fièvre et, en même temps, de douleurs très vives partant de la plaie et s'irradiant tout le long de l'avant-bras suivant le trajet du nerf cubital ; douleur tellement atroce que je m'injectai, coup sur coup, 3 centigrammes de chlorydrate de morphine avant de trouver quelque soulagement.

Le 27, au réveil, plus de douleurs ; les bords de la plaie sont un peu tuméfiés, l'apparence rosée de l'avant-veille a fait place à une teinte blafarde, les bourgeons charnus au centre de la plaie paraissent s'être affaissés. Pansement phéniqué.

Le 28, l'aspect de la plaie est meilleur, les bourgeons ont repris leur vitalité.

Dans la nuit du 28 au 29, je fus réveillé à 3 heures du matin par une douleur moins vive que celle de l'avant-veille, mais occupant le même siège. Léger mouvement fébrile. Je me doutai alors que j'avais affaire à une névralgie intermittente, probablement sous l'action du paludisme, mais je

ne voulus pas employer de suite la quinine, désirant expérimenter sur moi-même pour voir si la douleur reviendrait. Pansement à l'iodoforme, la douleur continua jusqu'à 10 heures du matin, mais c'était plutôt une sorte d'engourdissement qu'une douleur vive.

Le 1er septembre, la douleur reparaît à 4 heures du matin; pas de fièvre, application sur la plaie d'une pommade avec sulfate de quinine 2 gr. vaseline, 20 gr. Malgré plusieurs applications de la pommade, la douleur persiste jusque vers midi.

J'étais fixé. Le 2 septembre, 0,50 de sulfate de quinine le soir ; le 3, 1 gramme. Le 4, rien de nouveau, pas de douleur, la plaie marche franchement vers la cicatrisation.

Ayant eu la précaution de prendre de temps en temps du sulfate de quinine, je ne vis plus la douleur reparaître. Le 11, la plaie était complètement guérie et je n'en ai plus souffert depuis.

OBSERVATION II (résumée)

Empruntée à Delpech (1)

Taille sous-pubienne. Fièvre intermittente. Hémorragie. Sulfate de quinine. Guérison.

En mai 1818, Delpech opère un magistrat âgé de 72 ans, de la taille sous-pubienne. Le huitième jour, le tissu cellulaire du périnée avait rapproché par son engorgement les deux côtés de la prostate déchirée à dessein, restitué le col de la vessie et rétabli le cours de l'urine par le canal de l'urèthre ; à midi, hémorragie en nappe de quelques gouttes de sang. Le neuvième jour, à la même heure, nouvelle hémorragie ; le malade avait perdu trois onces de sang. Léger mouvement fébrile. A la même époque, de nombreux cas de fièvre intermittente s'étaient montrés aux environs. Le dixième jour, à midi, l'hémorragie se renouvelle spontanément, elle provenait d'un suintement de toute la surface de la plaie. L'hémorragie fut précédée d'un frisson marqué et la quantité de sang perdu fut énorme ; l'hémorragie

(1) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, 1831.

s'arrêta d'elle-même comme les deux jours précédents. Reconnaissant alors une fièvre intermittente pernicieuse hémorragique et presque entièrement larvée, dès la cessation de l'hémorragie, Delpech commença l'usage intérieur de la résine de quina dont le malade prit deux gros en quatre fois de quatre en quatre heures.

Le onzième jour à midi, nouvelle hémorragie de quelques gouttes seulement accompagnée d'un peu de chaleur et de fréquence du pouls. A deux heures la potion fébrifuge fut reprise.

Le douzième jour, l'hémorragie ne reparaît pas, la plaie est un peu douloureuse et enflammée. Continuation de la potion.

Le vingtième jour, les accidents n'ont plus reparu, la plaie est guérie.

OBSERVATION III (1) (personnelle).

Extraction d'une molaire. Hémorragie intermittente. Sulfate de Quinine. Guérison.

Le 3 octobre 1885, L.., sergent d'infanterie de marine, depuis longtemps au Sénégal et ayant souffert de fièvres intermittentes se présente à la visite du poste de Dagana atteint de périostite alvéolo-dentaire causée par la carie de la deuxième molaire gauche inférieure. Extraction de la dent avec la clef de Garengeot, un lambeau de gencive ayant contracté d'anciennes adhérences vient avec la dent. Hémorrhagie, vite arrêtée par un gargarisme aluné.

Le 5, à 10 heures du matin, je fus appelé auprès de ce sous-officier qui était pris d'un violent frisson. Temp. axillaire 39°6 ; pendant le stade de chaleur le malade se plaignit d'une vive douleur au niveau de la dent extraite ; à 1 heure, j'étais rappelé, suivant l'expression de son ordonnance, le sergent vomissait le sang. J'arrive en toute hâte et constate une hémorragie abondante de l'alvéole ; j'essaie, mais en vain, de l'arrêter par le froid et les astringents ; elle ne cède qu'à la compression au moyen d'une boulette de coton imbibée de perchlorure de fer dilué introduite dans l'alvéole et fortement tassée. Le soir, prescription 1 gramme sulfate de quinine.

---

(1) Voy. *Il raccoglitore medico,* 1849, observation analogue du Dr Modoni.

Le 6, nouveau frisson à 6 heures du matin; en interrogeant le malade, j'apprends qu'il avait négligé de prendre la quinine qui lui avait été ordonnée la veille ; le frisson fut de peu de durée ; deux heures après nouvelle hémorragie ; injection hypodermique de 0,40 de bromydrate de quinine, compression sans perchlorure de fer.

Le lendemain et jours suivants, ayant tenu la main à ce que le malade prît la quinine, pas de fièvre, pas d'hémorragie.

OBSERVATION IV

Empruntée au Mémoire de Cocud (*Des complications que la diathèse paludéenne peut apporter aux lésions traumatiques*).

Fracture des maxillaires et de la rotule. Ouverture de l'articulation fémoro-tibiale. Amputation. Fièvre paludéenne. Accidents inflammatoires du moignon. Nécrose du fémur. Guérison.

Ruffez (Joseph), caporal au 42e régiment de ligne, homme fort et vigoureux, se trouvant en expédition dans le Sud, fut pris de dysenterie et envoyé à Alger où il arriva le 6 août 1864.

La nuit qui suivit son arrivée, il fit une chute de 8 à 10 mètres et tomba sur un tas de pierres, près de la caserne où il logeait.

La rotule fut fracturée en étoile ; les maxillaires supérieurs furent disjoints, le maxillaire inférieur fracturé comminutivement ; la lèvre déchirée, plusieurs dents brisées. On l'apporta à l'hôpital du Dey, le 7 août au matin.

Les fractures des maxillaires se consolidèrent peu à peu sans présenter rien de remarquable, mais la rotule suppura ; le pus pénétra dans l'articulation fémoro-tibiale ; de vastes clapiers se formèrent aux environs, dans le tissu cellulaire intra musculaire ; le malade maigrit et pâlit ; ses chairs devinrent flasques, et, au bout d'un mois, l'amputation était devenue indispensable, au moment où le service nous fut remis. Elle fut décidée pour le 7, en consultation avec M. Périer, médecin en chef, et les autres médecins de l'hôpital.

Depuis longtemps le malade avait des frissons toute la nuit et des sueurs

abondantes toute la journée, mais il n'avait rien qui ressemblât à des accès de fièvre réguliers.

Le 5, à deux heures après-midi, il fut pris d'un frisson bien marqué, suivi de chaleurs et de sueurs qui durèrent jusqu'à cinq heures du soir.

Le 6, au matin, il prit 1 gramme de sulfate de quinine, la fièvre ne revint que le soir, l'accès fut à peine marqué.

Le 7, l'amputation fut pratiquée. Les délabrements des parties molles de la cuisse, disséquées par le pus dans une grande étendue, forcèrent à pratiquer la section de l'os au-dessus du trou nourricier, ce qui, plus tard, fut sans doute la cause de la nécrose de toute la diaphyse conservée. On éprouva de grandes difficultés à arrêter l'hémorragie; il fallut lier douze artères et en tordre trois; il n'y eut pourtant que peu de sang répandu; l'anesthésie avait été complète. On donna du bouillon et du vin au malade; il y eut quelques vomissements, mais pas de fièvre, le pouls fut faible toute la journée.

Le 8, il y eut un très léger mouvement fébrile continu qui dura peu de temps; le 9, il n'y en avait plus, le malade se rétablit assez bien, il se mit à manger; la plaie se fermait et n'était plus douloureuse.

Le 20, il y eut quelques douleurs dans le moignon, un peu de sueur la nuit. Le 21, les dernières ligatures se détachèrent; il y eut un peu de fièvre le soir. Le 22, on prescrit six pilules de sulfate de quinine, elles sont données à midi ; accès de fièvre à midi et demi. Le 23, un gramme de sulfate de quinine liquide à la visite; très léger mouvement fébrile après le déjeuner. Les 24, 25, 26, 27, pas de fièvre.

Le 28, sueurs la nuit; le 29, 4 à 5 selles sanglantes avec épreintes et coliques; quatre pilules de Segond. Le 30, deux pilules seulement; la dysenterie cesse; un peu de douleur dans le moignon.

Dans les premiers jours d'octobre il se lève, on le porte dans la cour sur un fauteuil, il y passe toute la journée lorsque le temps est beau; la santé est bonne, il mange bien, il n'a plus de diarrhée; sa plaie est fermée, sauf une petite fistule située au centre et à peine capable d'admettre un stylet.

Le 7 octobre, dans l'après-midi, sueurs; le moignon devient rouge et chaud; le malade y sent d'assez vives douleurs. Le 8, sulfate de quinine un gramme; il y a dans la journée un accès de fièvre prolongé. Le moignon

se gonfle, devient chaud et rouge; le malade y accuse de vives douleurs, toujours en parfait rapport d'intensité avec l'accès; la douleur se fait sentir au moment où il commence, elle s'accroît et devient très intense au moment du paroxysme, puis décline et disparaît avec l'accès.

Le 9, à la visite, nous trouvons le moignon plus chaud, plus rouge et plus tuméfié qu'il n'était la veille à la même heure. Il y a quelques lignes rouges sur le trajet des vaisseaux lymphatiques; les ganglions inguinaux sont tuméfiés et sensibles; au reste, rien n'indique beaucoup de gravité dans l'état du malade. Sa face est remplie, ses muscles reparaissent; rien dans son attitude ni dans sa physionomie n'indique l'abattement.

On donne 15 décigrammes de sulfate de quinine liquide en trois doses, de trois en trois heures, pour éviter les bourdonnements d'oreille. La cuisse amputée est recouverte d'une couche épaisse d'onguent mercuriel.

Dans la journée, il y a un léger accès de fièvre accompagné, comme celui de la veille, de douleurs commençant, croissant, décroissant et disparaissant avec lui. A la visite, le lendemain, on trouve encore le moignon chaud, rouge et gonflé.

Le 10, on donne encore 1 gramme de sulfate de quinine; la fièvre revient encore avec douleurs comme la veille, mais elle est extrêmement faible, et les douleurs sont en rapport d'intensité avec elle. Le soir, on donne un second gramme de sulfate de quinine.

Le 11, état excellent, le malade a bon appétit, il obtient la demie. Sa plaie est presque fermée, la fistule centrale est à peine perceptible. Le moignon n'est plus tuméfié ; les ganglions inguinaux sont revenus à leur état normal. On fait encore prendre un gramme de sulfate de quinine. Le 12, pas de fièvre. Le 13, au soir, céphalalgie ; la nuit, sueurs. Le 14, sulfate de quinine un gramme, pas de fièvre.

Les jours suivants, il va admirablement, il n'a ni fièvre ni dysenterie ; sa santé est excellente ; sa face est pleine ; ses muscles reprennent du volume; il passe toute la journée dehors, assis dans un fauteuil ou se promenant avec des béquilles.

Le 22, céphalalgie et sueurs. Le 23, sulfate de quinine un gramme ; pas de fièvre, sa santé devient excellente jusqu'au 4 novembre, époque où des abcès commencèrent à se former à l'extrémité du moignon et à préparer

l'issue d'un grand segment comprenant toute la diaphyse du fémur. Ce travail fut accompagné de phénomènes fébriles n'ayant plus rien de la régularité des précédents et sur lesquels le sulfate de quinine n'avait aucune action ; ils ne présentèrent d'ailleurs rien de remarquable au point de vue qui nous occupe.

OBSERVATION V (personnelle).

Plaie du pied par écrasement. Fièvre paludéenne. Arrêt de la cicatrisation Phagédénisme. Amputation. Mort.

Mohamed-ben-Taar, ouvrier marocain du chemin de fer du Haut-Fleuve, 34 ans, pas d'antécédents syphilitiques connus. Depuis son arrivée dans le Haut-Fleuve a eu de fréquents accès de fièvre et est resté légèrement anémié.

Le 3 avril, à Diamou cet homme a eu le pied droit pris sous un wagonnet Decauville chargé de pierres; plaie par écrasement de l'extrémité du pied, forte hémorragie arrêtée par un pansement au coton du pays et la compression. Appelé le lendemain, je ne constatai pas d'hémorragie à la levée du pansement, plaie contuse au niveau des extrémités supérieures des métatarsiens commençant à la tête du premier métatarsien et se dirigeant obliquement vers la malléole externe; fracture par écrasement de la tête du premier métatarsien, pansement phéniqué provisoire. Mohamed est transporté à l'infirmerie de Dinguirah (1). Le 5 avril, je sors quelques esquilles, pansemement phéniqué, immobilisation. Soir, Temp. ax. 38°2. Prescription, potion alcoolique avec 4 gr. extrait de quinquina; le 6, rien de nouveau, élévation légère de température le soir ; jusqu'au 26 la plaie suit son cours normal, suppuration de bonne nature, plus de fièvre, les bourgeons charnus recouvrent les surfaces osseuses. Etat général satisfaisant.

Le 27, à 9 heures du matin, violent frisson et accès de fièvre régulier. Temp. ax. 40o2. Langue saburrale, un peu de délire. Prescription, 1 gr.20 de poudre d'ipécacuanha; le soir, 6 gr. poudre de quinquina (nous manquions de quinine) le malade vomit la poudre de quinquina.

---

(1) Si j'ose donner le nom d'infirmerie au gourbi en paille qui servait à abriter les malades

Le 28, nouvel accès de fièvre; les bords de la plaie sont tuméfiés, douloureux, les bourgeons charnus se sont affaissés, la suppuration a fait place à la secrétion d'une sanie fétide. Le 29, pas de fièvre la plaie est couverte d'un enduit grisâtre pultacé, les bords sont décollés. Je touche la plaie au perchlorure de fer pur.

Le 30, accès de fièvre ; le 2 avril, le 5, 8 et 11 nouveaux accès malgré l'absorbtion à hautes doses d'extrait de quinquina. La plaie a fait place à un vaste ulcère empiétant sur les orteils et surtout remontant sur le coude-pied presque jusqu'au niveau des malléoles ; elle a aussi gagné en profondeur, les métatarsiens sont à nu recouverts par les tendons.

Dans cet état, cet homme est dirigé sur l'hôpital de Kayes où je le retrouve le 22 avril ; le phagédénisme a fait de nouveaux progrès et l'ulcération, malgré tous les moyens employés pour la combattre, caustiques, fer rouge, etc., remonte sur la face externe de la jambe jusqu'à 6 centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure du péroné. M. le docteur Vergniaud, médecin de 1re classe de la marine, chef de service, se décide alors à l'amputation devant laquelle il avait jusqu'alors reculé à cause des mauvais résultats qu'elle avait donnés dans des cas analogues. Après avoir rejeté l'idée de la désarticulation du genou, il pratique l'amputation dans les condyles en conservant la rotule.

L'état général du malade était mauvais ; cet homme était arrivé au dernier degré de la cachexie, suite de la suppuration prolongée et des fièvres contre lesquelles on avait inutilement employé le quinquina et l'arsenic.

A la suite de l'amputation et des soins consécutifs, grâce surtout à l'arrivée d'un envoi de sulfate de quinine, le malade parut se relever un peu ; on n'avait pu essayer la réunion par première intention, mais le 30 l'aspect général du moignon était excellent.

Le 5 mai nouvel accès de fiévre qui se répéta les jours suivants ; immédiatement la plaie d'amputation prit un mauvais aspect, il y eut au niveau du moignon des hémorragies en nappe, et le 18 le malade succombait dans un accès de fièvre, en apparence bénin, épuisé par la suppuration et la cachexie. Vu les conditions dans lesquelles nous nous trouvions l'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION VI

Ulcère simple. Cicatrisation détruite sous l'influence d'un accès de fièvre.

Suleyman Abderaman, ouvrier marocain du chemin de fer du Haut-Fleuve, âgé de 22 ans, bonne constitution, antécédents syphilitiques remontant à 5 ans, pas trace de varices, se présente à la visite le 3 janvier 1884 porteur d'un ulcère de la dimension d'une pièce de 5 francs et siégeant au-dessus de la malléole gauche externe. A eu quelques accès de fièvre. Cet individu raconte qu'ayant écorché un bouton causé par la morsure des maringouins, il a vu il y a déjà quelques jours se former à ce niveau une petite plaie; il a continué son travail jusqu'à aujourd'hui se contentant de la panser avec une feuille enduite de beurre ; mais, la voyant s'accroître, il se décide à venir à la visite. Admis à l'infirmerie, grâce à des pansements moins primitifs et au repos, l'état de cet homme s'améliora rapidement. Le 28 janvier, il ne restait plus qu'une plaie de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ; liseré cicatriciel normal, bourgeons charnus un peu exhubérants réprimés au nitrate d'argent. Pansement à recouvrement.

Dans la nuit du 1er février, cet homme est pris d'un violent accès de fièvre ; j'étais absent, ayant eu un malade à voir dans un autre camp. Malgré les prières du malade qui souffrait de sa plaie, le manœuvre marocain qui me servait d'infirmier, exécutant scrupuleusement la consigne que je lui avais donnée de laisser ce pansement trois jours, ne voulut pas y toucher. Le 2, à mon retour, j'enlève le pansement et constate que la plaie a repris exactement le même aspect qu'elle avait lors de l'entrée du malade à l'infirmerie. Le tissu cicatriciel de nouvelle formation était entièrement détruit et seul détruit.

Grâce à la quinine donnée à intervalles réguliers, cet homme n'eut pas de nouveaux accès de fièvre, son ulcère reprit sa marche vers la guérison et un mois après ce malade sortait de l'hôpital guéri.

OBSERVATION VII

Empruntée à la thèse du Dr Dériaud.

Erysipèle de nature paludéenne.

M. Balli, 56 ans, fortement constitué, habite Calcutta depuis dix ans. Pendant les premières années de son séjour aux Indes, il a été pris d'une fièvre intermittente tierce qui a duré trois mois ; depuis il a eu des accès presque tous les ans, mais de courte durée.

En octobre 1867, il est opéré d'un lipome à la nuque par M. Verneuil ; pansement à l'alcool. Pendant les huit premiers jours, l'état général est excellent, apyrexie complète, la cicatrisation s'effectue rapidement.

Le 9e jour, vers 11 heures du matin, violent frisson de 3 heures ; fièvre intense, agitation, délire, céphalalgie, état saburral de la langue ; ces phénomènes durent 12 heures. Une transpiration abondante met fin à l'accès, la fièvre disparaît. On ne savait s'il fallait attribuer cette fièvre à un érysipèle ou la regarder comme la première manifestation de l'infection purulente. Le lendemain, la plaie est douloureuse, les bords sont rouges, tuméfiés ; la suppuration est tarie, le pus est remplacé par de la sérosité.

Le 11e jour, vers 3 heures de l'après-midi, apparition d'un nouvel accès fébrile avec frissons, chaleur, sueur, délire. La rougeur érysipélateuse s'étend vers le cou et les épaules ; sulfate de quinine 0,75 en 3 doses.

Le 12e jour, nouvel accès de fièvre dont la durée et l'intensité ont beaucoup diminué ; l'érysipèle ne fait pas de progrès. Sulfate de quinine 0,75.

Le 13e jour, pas d'accès; l'érysipèle ne s'étend pas, état saburral ; purgatif.

Le 14e jour, nouvel accès fébrile beaucoup moins intense, marqué par l'apparition d'une nouvelle plaque de rougeur érysipélateuse qui disparaissait en même temps que l'accès fébrile.

Cependant, sous l'influence du sulfate de quinine administré pendant plusieurs jours à la dose de 0,30, tout rentra dans l'ordre. L'érysipèle disparut, la suppuration se rétablit et la cicatrisation s'acheva lentement.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Ecrasement de deux orteils. Accidents tétaniformes. Sulfate de quinine. Guérison.

Le 27 février 1884, on m'apporte à Sabou-Ciré le nommé Abdallah ben D'jil Ali, ouvrier marocain du chemin de fer. Cet homme avait été plusieurs fois à l'infirmerie en traitement pour fièvre intermittente et en était sorti depuis 4 jours seulement. En déchargeant le matin des rails de chemin de fer, l'un d'eux lui était tombé sur le pied gauche lui écrasant les deux derniers orteils. Je désarticule les deux extrémités de phalanges qui étaient restées dans la plaie, cherche à la régulariser et à recouvrir la tête des métatarsiens, mais sans y réussir vu le manque de téguments; pansement phéniqué. Dans la nuit j'étais appelé à me rendre à Boukaria auprès de l'officier de ce poste souffrant de dysenterie et j'y passai les journées des 28 et 29 février et des 1er et 2 mars. De retour à Sabou-Ciré, je trouve à la visite du lundi 3 mars qu'Abdallah est atteint de tétanos, raideur dans les muscles de la nuque, contracture permanente des masséters empêchant absolument d'ouvrir la bouche, dysphagie, contracture par accès de la masse dorso-lombaire qui mettent le malade presque en opisthotonos. Il y avait deux jours qu'il était dans cet état, paraît-il. Je portai immédiatement le plus funeste pronostic, mais voulant tout essayer je fis donner au malade dans la journée du 3 deux lavements de chloral à 6 grammes chacun. Le soir les contractures des muscles du dos sont moins prononcées et moins fréquentes, celles des muscles de la nuque et des masséters persistent. Le 4, même état; ayant pris la température du malade, je constatai une hyperthermie considérable. Temp. ax. = 42° 4; je songeai alors à employer la quinine, non parce que je croyais avoir à faire à des accidents d'origine paludéenne, mais uniquement pour essayer d'abaisser la température. Le malade, comme tous ses corréligionnaires du reste, ayant une répugnance des plus marquées pour les lavements et éprouvant une grande difficulté à avaler, je lui fis deux injections hypodermiques de 0 gr. 40 de bromydrate de quinine qui furent renouvelées dans la nuit.

Le lendemain, à midi, j'entre à l'infirmerie ; Abdallah était assis sur son lit dévorant à belles dents un morceau de pain. Je n'en pouvais croire mes yeux. Depuis, cet homme a présenté au niveau de sa plaie divers accidents et fut pendant plus de 3 mois à l'infirmerie mais ne présenta aucun symptôme nouveau se rapportant à ceux qui m'avaient si fort effrayé les premiers jours. Il est vrai que tant pour aider à la cicatrisation de sa plaie que pour prévenir des complications fébriles, il prit, pendant quelque temps encore, de la quinine assez régulièrement.

OBSERVATION IX (personnelle).

Plaie de la jambe chez un cachectique. Ulcère phagédénique. Mort.

Mohamed ben Lasser, ouvrier marocain du chemin de fer du Haut-Fleuve, se présente à la visite le 29 mai 1884 pour plaie siégeant au niveau de la malléole externe du pied gauche, succédant à une piqûre d'épine et présentant la dimension d'une pièce d'un franc. Cet homme est dans un état général des plus mauvais. Peau sèche, développement exagéré de l'abdomen dû à une hypertrophie considérable du foie et de la rate, œdème des extrémités inférieures.

Malgré tous les soins qui lui furent prodigués, l'état de la plaie ne fit qu'empirer, chaque jour on pouvait constater qu'elle avait progressé en étendue et en profondeur. Pansements antiseptiques, traitement général rien n'y fit ; il fut évacué sur Saint-Louis par le premier convoi de malades que j'étais chargé d'accompagner en qualité de médecin ; le convoi partit de Kayes le 22 juin. Les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades n'étaient guère faites pour améliorer leur état ; entassés dans des chalands, ces malheureux, la plupart atteints d'ulcères graves, se trouvaient dans les plus mauvaises conditions. Nous arrivâmes à Saint-Louis le 10 juin et les marocains furent logés dans les barraquements de Pop'n'kior.

L'état de la plaie de Mohamed était horrible à voir, le phagédénisme dans ses progrès avait absolument disséqué la face supérieure du pied, on apercevait au fond de l'ulcère les tendons des extenseurs et les métatarsiens, sur la jambe il remontait à cinq travers de doigt au-dessus de la malléole

externe, on apercevait le péroné ; la plaie était recouverte de cet enduit pultacé que nous avons déjà mentionné.

Sous l'influence du changement d'air, de la quinine et de tous les soins dont la proximité de l'hôpital permettait d'entourer le malade, pendant quelques jours le phagédénisme parut enrayé. Nous espérions pouvoir, en améliorant l'état général, sauver la vie de cet homme au moyen d'une amputation, qu'il aurait été téméraire de tenter auparavant. Dans ce but il fut évacué sur l'hôpital de Saint-Louis : mais notre espoir ne fut que de peu de durée, le phagédénisme reprit sa marche progressive et le 24 juillet Mohamed-ben-Lasser succombait à l'hôpital de Saint-Louis, arrivé au dernier degré de cachexie et d'épuisement de l'organisme.

CONCLUSIONS

De ce que nous avons exposé il ressort que :

1° Comme toutes les maladies constitutionnelles, l'intoxication paludéenne exerce une mauvaise influence sur la marche et la guérison des plaies.

2° On peut distinguer deux périodes dans l'intoxication paludéenne : 1° période de paludisme aigu ; 2° période de paludisme chronique ou de cachexie. Chacune de ces deux périodes donne naissance à des accidents qui lui sont propres.

3° Les accidents de la première période sont : des douleurs à forme névralgique, des congestions et des hémorragies, un arrêt dans la marche de la cicatrisation et destruction de la cicatrice déjà formée, l'érysipèle et le tétanos.

4° Les accidents de la deuxième période sont : la difficulté de réunion des plaies, la suppuration prolongée, le phagédénisme, la gangrène.

5° L'action du paludisme dans la genèse de la pourriture d'hôpital et de la septico-pyohémie ne nous paraît pas démontrée.

6° Le traitement de ces accidents est le même que le traitement de l'impaludisme, c'est-à-dire l'emploi des sels de quinine et le changement d'air.

7° A titre préventif la quinine doit être employée chez les blessés et les opérés dans les pays paludéens pour prévenir les manifestations fébriles et les accidents qu'elles entraînent,

8° Dans le cas de cachexie paludéenne, à moins de nécessité absolue, les interventions chirurgicales sont contre indiquées tant qu'on n'est pas arrivé à améliorer l'état général.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr DEMONS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 16 mai 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hippocrate. — Des épidémies, lib. III, chap. 3 (Erysipèle).

Medicus F. C. — Des maladies périodiques sans fièvre, 1790 (Guérison du tétanos par le quinquina).

Sernin. — Des qualités du chirurgien, An X (Hémorragie paludéenne).

Lordat. — Traité des hémorragies, Paris, 1808.

Mongellaz. — Essai sur les irritations intermittentes, 1821.

Nepples. — Essai sur les fièvres intermittentes et rémittentes, Paris, 1828 (Eruption paludéenne, p. 36).

Annesley. — Diseases of India, 1828.

Delpech. — Mémorial des hôpitaux du Midi, 1829, t. I, p. 326.

Lafont-Gouzy. — Mémorial des hôpitaux du Midi, 1829 (Infl. du traum. sur le palud.).

Dance. — Observation sur une espèce de tétanos intermittent, Arch. gén. méd., 1830, t. XXVI, p. 190. — *Id.* Gazette méd., Paris, 1832, p. 693.

Daniel. — Essai sur les hémorragies, Th. Montp., 1832.

Sanson. — Des hémorragies traumatiques, Th. Paris, 1837.

Gergères. — Gazette méd., 1838 (Hémorragies intermittentes.).

Boudin. — Traité des fièvres intermittentes et continues, Paris, 1842 (Voir p. 142).

Boyer. — Des diathèses au point de vue chirurgical, Th. agrég., Paris, 1847.

Sandras. — Bons effets du sulfate de quinine dans les contractures. Union médicale, 27 octobre 1849.

Modoni. — *Il Raccoglitore medico*, 1849. — Gazette méd., Paris, 1850 (Hémorragie interm.).

Marchal de Calvi. — Th. concours, 1852 (V. p. 146, pourriture d'hôpital).

Bouisson. — Hémorragies périodiques des plaies, Montpellier 1854. — *Id.* tribut à la chirurgie, Paris 1858, t. I, p. 101.

Ad. Armand. — L'Algérie médicale, 1854 (Tétanos paludéen).

Walther de Kiew. — Médical Zeitung Russlands. — Canstatt's Jaresb., 1857, t. III, p. 307.

Daullé. — Cinq ans d'observation médicale à Madagascar, Th. Paris 1857 (V. névralgies palud.).

Moutet. — Montpellier médical, 1859 (Obs. gangrène palud.).

Didiot. — Relation médico-chirurgicale de la campagne de Cochinchine, Mémoire de médecine et de chirurgie militaires, 1861.

Mazaé Azéma. — Mémoire sur l'ulcère des pays chauds.

Laure (médecin principal). — Histoire médicale de la Marine française pendant les expéditions de Chine et de Cochinchine 1859-1862.

Auguiot. — Montpellier médical 1863. (Gangrène paludéenne.)

Le Roy de Méricourt. — Pathologie exotique. Arch. gén. méd. 1864, t. I.

Helye. — La maladie en Algérie. (V. p. 51 névralgies palud.)

Coural. — Etude sur la fièvre pernicieuse tétanique et le tétanos essentiel; Montpellier médical, 1864.

Axenfeld. — Des névroses, 1864. (V. p. 174. Névralgies palud.)

Aude. — Essai sur le phagédénisme dans la zone tropicale, Th. Paris 1865.

A. Bérenguier.— Traité des fièvres intermittentes des pays tempérés; Paris, 1865 (V. p. 61).

Cocud. — Des complications que la diathèse paludéenne peut apporter aux lésions traumatiques. Recueil de mémoires de médecine et de pharmacie militaires, 1866, t. 1.

Duboué (de Pau). — De l'Impaludisme, 1867, Paris.

Mazzoni. — Congrès médical international, 1867 (V. p. 298).

Bouchard. — Pathogénie des hémorragies. Th. concours Paris, 1867.

P. Clipet. — Des rapports des lésions traumatiques avec les maladies générales. Th. Paris, 1867.

Verneuil.— Congrès médical international, 1867.

Dutroulau. — Maladies des Européens dans les pays chauds, 1868.

Dériaud. — Influence réciproque de l'impaludisme et du traumatisme. Th. Paris, 1868.

Trousseau. — Clinique médicale 1868. (V. Infl. de la fièvre sur les plaies, t. III, p. 23.)

E. Guérin. — Essai sur l'ulcère de Cochinchine. Th. Paris, 1868.

Sanquer. — Th. Paris, 1869 (Tétanos paludéen).

Castellauve. — Quelques observations sur le traumatisme aux pays chauds, 1872 (complications des plaies).

Lancereaux. — Arch. gén. méd., 1873. (Nature parasitaire de la gangrène).

Weir Mitchell. — Des lésions des nerfs et de leurs conséquences, 1874. (Névralgies palustres et traumatiques).

Dubergé. — Quelques considérations sur les complications des plaies à la Guyane Française. Th. Paris, 1875.

Berger. — De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques. Th. agrég., Paris, 1875. (V. paludisme, p. 113).

Bérenger-Féraud. — Maladies des Européens au Sénégal, 1875-1878. Traité des pseudarthroses.

J. H. Porter. — British med. journ. février, 1876 (p. 257 Hémorr. interm.).

Moriez. — De l'impaludisme dans ses rapports avec les lésions traumatiques; Th. Paris, 1876.

Eccles. — Reports of the Staffords House com. (Arrêt cicatrisation).

Obédénare. — Mémoire sur la fièvre continue paludéenne au bas Danube ; Gazette médicale, 1877.

Bouilly. — Arch. gén. méd., 1877 (V. t. II, p. 336).

Maunoury. — Etude critique sur la fièvre primitive des blessés, 1877.

Poncet de Cluny. — Annales d'oculistique et Bulletin société biologie, 1878.

Moty. — Gazette des hôp., 1879 (Deux obs. gangr. palud.).

Verneuil. — Discours du congrès d'Amsterdam, 1879.

Liégey (de Rambervilliers). — Journal méd. Bruxelles, 1879 (t. LXIX, p. 503).

Dunoyer. — De l'influence des maladies intercurrentes sur les traumatismes. Th. Paris, 1879.

Lévriéa. — Accidents oculaires dans les fièvres interm. Th. Paris, 1879.

Donnec. — Arch. gén. de méd., 1880 (t. VI, p. 150-288).

Kelsch. — Mélanémie palustre. Arch. gén. méd., octobre 1880,

Bouchard. — Etiologie et pathologie générale. Revue de médecine, 1881.

Proust. — Hygiène, 1881.

Laveran. — Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme, 1881.

Valerani. — Infl. del traum. chir. sul risvegli del impaludismo. Osservatore di Torino, 1881.

Taieb ould Morsly. — Contribution à l'étude du paludisme dans ses rapports avec le traumatisme. Th. Montp., 1881.

Comanéano. — Traitement des plaies d'armes à feu. Th. Paris, 1881.

Verneuil. — Conférence au congrès d'Alger. Revue de chirurgie, 1881-82.

Jullien. — Gazette hebdomadaire, 1882 (Obs. gangrène chez un paludo-diabétique).

Lidin. — Coup d'œil sur la climatologie et la pathologie du Sénégal. Th. Paris, 1882.

Bottini. — Lyon médical, 1882 (Origine parasitaire de la gangrène).

Verneuil et L. H. Petit. — Gangrène paludéenne. Revue de chirurgie, 1882-1883.

Vieusse. — Bulletin de la Société de chirurgie, août 1883.

Hallopeau. — Pathologie générale, 1884 (V. p. 147-148).

Fontan. — Héméralopie essentielle. Recueil d'ophtalmologie, 1884.

Le Dantec. — Origine microbienne de l'ulcère phagédénique des pays chauds. Arch. méd. nav. juin 1885.

Verdan. — La fièvre intermittente à Ouargla. Arch. méd. mil., 1885.

Morand. — Notes médicales sur l'ambulance de Nam-Dinh. Arch. méd. nav., juin 1885.

Terrier. — Eléments de pathologie chirurgicale générale, 1885.

Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe (V. t. I, p. 14 et 123).

J. Rouquette. — Du rôle des leucomaïnes dans l'empoisonnement palustre. Bull. gén. thér., 1886.

Coe. — Malarial manifestations, New-York, med. journ., 1886.

Verneuil. — Mémoires de chirurgie (V. t. III et IV).

Brudenell-Carter. — Société clinique de Londres, 1886.

F. Roux. — Traité pratique des maladies des pays chauds, 1886.

Moursou. — Arch. méd. nav., novembre 1886.

Verneuil. — Encyclopédie internat. de chirurgie, 1887 (t. I, p. 144).

Corre. — Traité clinique des maladies des pays chauds, 1887.

Reclus (Paul). — Pathologie externe, 1888.

Fontan. — Communication à l'Académie de médecine sur l'ulcère des pays chauds, février 1888.

Baudry (de Lille). — Eléments de pathologie chirurgicale générale, 1888.

V. *Dictionnaire* en 30 vol., art. gangrène (Marjolin).

Dictionnaire Jaccoud, art. paludisme, plaie, etc.

Dictionnaire encyclopédique, art. tétanie (Raymond) ; art. tétanos (Mathieu) ; art. plaie (J. Chauvel) ; art. érysipèle (Vautrin, Spillmann, Ganzinotty) ; art. gangrène (Spillmann), etc., etc.

12,460. — Bordeaux, V• Cadoret, impr., 17, rue Montméjan.